Rok LIII. Kraków, dnia 1 sierpnia 1914. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie leczenia gruźlicy wieku dziecięcego w zdrojowiskach solankowych.

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie d. 5. V. 1914).

Napisał

Dr Otokar Lang (Rabka).

W przebiegu i objawach gruźlicy u dzieci a osób dorosłych istnieją pewne różnice. Zasadzają się one w części na odmiennej predylekcyi sprawy chorobowej do pewnych tkanek ustroju, w części na wytworzeniu charakterystycznej postaci klinicznej przez związek zakażenia gruźliczego z wrodzoną skazą konstytucyonalną wieku dziecięcego.

Zakażenie ustroju dziecka gruźlicą odbywa się w 90% przypadków drogą narządu oddechowego, a źródłem zakażenia jest człowiek, wykrztuszający prątki. Ustrój dziecka podlega temu zakażeniu z ogromną łatwością; według Hamburgera wystarcza do wywołania zakażenia jednorazowe, nawet krótkie zetknięcie się z suchotnikiem. Im dziecko młodsze, tem odporność mniejsza, tem większe niebezpieczeństwo rozszerzania się ogniska pierwotnego, powstającego w tkance płucnej. Z wiekiem odporność wzrasta. W przeważnej liczbie przypadków goi się zmiana pierwotna w płucach, a prątki, zatrzymane w sąsiednich gruczołach oskrzelowych, ulegają otorbieniu. Nie zawsze jednak pozostają one na miejscu bezczynne i nieszkodliwe. W pewnych warunkach mogą przedostawać się do naczyń i rozsiewać po ustroju, którego istnienie zależy od ilości prątków, biorących udział w tej inwazyi. Epilogiem zalania ustroju prątkami jest gruźlica prosówkowa, względnie zajęcie opony miękkiej. Gdy wchodzą w grę mniejsze ilości prątków, to owa sprawa wtórorzędna usadawia się u dzieci najchętniej w kościach, stawach, gruczołach i na skórze, wywołując zmiany przewlekłe, uporczywe, dla ustroju jednak mniej groźne.

Już rzadziej sadowi się gruźlica w jelitach i na błonach surowiczych, jeszcze rzadziej w płucach, w przeciwieństwie do częstości, z jaką gnieździ się tamże u dorosłego człowieka.

Wogóle powiedzieć można, że wtórorzędna sprawa gruźlicza u dzieci odznacza się większą łagodnością, niż u dorosłych, mniejszą skłonnością do rozpadu, a większą łatwością gojenia.

Usposobienie do owych nawrotów po zakażeniu pierwotnem zwiększa się skutkiem niekorzystnych warunków zdrowotnych, nędzy, złego odżywienia, wilgotnego mieszkania, urazów, oraz pewnych chorób zakaźnych, wśród których odra i krztusiec najgorszą mają sławę.

Zołzy (scrophulosis) uważamy za pewien właściwy i charakterystyczny zbiór objawów patologicznych u osobnika dotkniętego skazą wysiękową, u którego rozwija się wtórorzędna gruźlica.

Jak każda choroba zakaźna, tak i gruźlica może nietylko wywoływać drzemiącą w ustroju skazę konstytucyonalną, lecz także objawy jej zaostrzać i pogarszać. A że z natury swojej bodziec w tym przypadku nie jest przelotnym, lecz długotrwałym, to też zrozumieć łatwo, dlaczego zołzy są stanem tak uporczywym. Wzmożona w nich wrażliwość ustroju na bodźce zewnętrzne, daje powód do powstawania licznych spraw chorobowych, które na całość obrazu zołzów się składają, — a więc nieżytów błon śluzowych, spraw zapalnych na skórze i t. d.

Ograniczam się do tych kilku uwag, szkicujących bardzo pobieżnie patologię gruźlicy wieku dziecięcego. Obszerniejsze omówienie tej sprawy, w której nie brak sprzeczności i niejasności przekraczałoby ramy niniejszego odczytu.

Pomijam niezmiernie ważną i aktualną sprawę zapobiegania gruźlicy, zdążając do omówienia roli balneologa w leczeniu tego cierpienia u dzieci.

Z istoty samej choroby wynika, że racyonalne i celowe jej leczenie dążyć musi do ułatwienia ustrojowi walki z zakażeniem, przez wzmożenie jego żywotności i odporności. Wiemy dobrze, jak niedostateczne jest tutaj leczenie miejscowe i jak rzadko wiedzie do celu, gdy nie jest poparte leczeniem ogólnem. Odpowiednie żywienie, czyste powietrze i słońce, oto główne czynniki, które w leczeniu gruźlicy przewodnią odgrywają rolę.

Staramy się usilnie podnieść stan odżywienia dziecka, unikając jednak przesady w forsownem tuczeniu. Spostrzegano niejednokrotnie, że przy zbyt szybkiem wzrastaniu wagi ciała, ognisko gruźlicze żywiej się rozwijało. Dzieje się to wtedy, gdy tkanki zawierają więcej wody, gdy podniesienie wagi ciała uzyskano pożywieniem, złożonem głównie z węglowodanów, a u małych dzieci pokarmami obfitującymi w sól (serwatka mleka krowiego). Pokarm powinien zawierać sporo tłuszczu. Mleko korzystniej jest zastą-

pić śmietanką (w ilości 200—500 cm^3 dziennie), a obok tego nie skąpić masła, zwracając jednak baczną uwagę na tolerancyę dziecka wobec tłuszczów.

Dyeta taka sprzeciwia się jednak zasadom żywienia dzieci ze skazą wysiękową, u których właśnie unikamy jaj i tłuszczu. Nasuwa się zatem pytanie, jak mamy ją unormować u dzieci z zołzami, u których skaza wysiękowa łączy się z zakażeniem gruźliczem. Jakkolwiek wybrnięcie z tego dylematu nie zawsze jest łatwe i proste, to jednak ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że powinniśmy, ordynując dyetę, liczyć się więcej z gruźlicą, niż ze skazą, obok niej istniejącą. Tylko u dzieci o typie zołzów otrętwiałych (scrophulosis torpida) można stosować dyetę, podaną przez Czernego dla skazy wysiękowej (mięso, jarzyny, owoce, mało tłuszczu), natomiast u dzieci szczupłych, wrażliwych (scrophulosis erethica) dyeta powinna być posilną i tuczącą. Dotychczasowy stan odżywienia dziecka będzie dla nas wytyczną w ustaleniu dalszych norm dyetetycznych.

Jeśli poświęciłem tych kilka uwag sprawie dyety u dzieci, dotkniętych gruźlicą, to dlatego, że uważam leczenie dyetetyczne za integralną część leczenia zdrojowego, z pewnością nie mniej ważną od innych naturalnych czynników leczniczych, jakimi w danej miejscowości rozporządzać możemy.

Galicyjskie zdrojowiska solankowe leżą w strefie podalpejskiej, w wysokości od 400 do 500 i kilkudziesięciu metrów nad powierzchnią morza. Posiadają one klimat górski, orzeźwiający, hartujący i pobudzający przemianę materyi w sposób umiarkowany. Tę ostatnią cechę podnoszę z pewnym naciskiem. Klimat alpejski, na wzniesieniach około 1000 metrów i wyżej działa na niektóre dzieci zbyt podniecająco. Odnosi się to zwłaszcza do osobników szczupłych, żywych, łatwo pobudliwych (scrophulosis erethica). Zauważamy u nich częstokroć pogorszenie apetytu, niespokojny sen, brak przybytku na wadze, rozdrażnienie nerwowe i płaczliwość. Spostrzeżenia te dotyczą głównie dzieci, leczonych pod opieką domową, kiedy to przepisy lekarza, normujące ruch i spoczynek, nie zawsze bywają ściśle wypełniane.

Pedyatrzy wiedzą dobrze, z jakiemi trudnościami walczą nieraz matki, aby skłonić żywe dzieci do spoczynku po kąpieli albo po obiedzie, a o ileż trudniej przeprowadzić w takich warunkach kilkugodzinne werandowanie! Gdy wpływ klimatu alpejskiego, pobudzającego silnie przemianę materyi, nie będzie zrównoważony odpowiednim wypoczynkiem, to, przy braku apetytu, straty ustroju mogą nie być dostatecznie pokrywane.

W sanatoryach lekarz jest panem sytuacyi; dziecko, w obcem otoczeniu poddaje się bez większych trudności jego przepisom, a werandowanie w gronie rówieśników jest dla dziecka mniej przykre. W każdym razie dzieci o typie t. zw. eretycznym czują się naogół znacznie lepiej w łagodniejszym klimacie podalpejskim.

Słońce jest potężnym czynnikiem tak zdrowotnym, jak i leczniczym. Przekonanie o zbawiennym jego wpływie na ustrój dzieci, dotkniętych zołzami, utrwaliło się od dawnych czasów, umiejętne jednak stosowanie promieni słonecznych, jako środka leczniczego w gruźlicy chirurgicznej, rozpowszechniło się dopiero w ostatnich latach. Imponujące wyniki, uzyskane helioterapią w zakładzie Rolliera w Leysin, zachęciły lekarzy do stosowania tej metody i w miejscowościach, nie posiadających słońca alpejskiego, a więc podgórskich i nizinnych. A jeśli wyniki nie bywają zawsze tak wybitne, jak w Leysin, to jednak stwierdzają one, że słońce i na mniejszych wzniesieniach działa bardzo korzystnie w leczeniu spraw gruźliczych.

W Rabce stosują od lat kilku kąpiele słoneczne, najczęściej tylko miejscowe. Położenie zdrojowiska na płaskowzgórzu, słonecznem, ochronionem od wiatrów, wybornie nadaje się do helioterapii. Lata ostatnie nie dopisywały pod względem pogody, co ograniczało możność energiczniejszego stosowania tej cennej metody leczniczej. Mimo to wyniki, jak dotąd, były bardzo zachęcające, zwłaszcza u dzieci w kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa, gdzie, wobec sanatoryalnego charakteru zakładu, przeprowadzanie takiego leczenia było łatwiejsze i obserwacya ściślejsza.

Gdy mowa o leczeniu gruźlicy wieku dziecięcego w zdrojowiskach solankowych, należy wyraźnie zaznaczyć, że nie mamy na myśli chorych ze zmianami w płucach, dla których leczenie zdrojowo-kąpielowe nie jest wskazane.

Wiara w skuteczność kąpieli solankowych w zołzach i gruźlicy ugruntowana została wieloletniem doświadczeniem, mimo, że dotąd sposobu ich działania dostatecznie nie wyjaśniono. Nierzadki to zresztą objaw w medycynie, że uzasadnienie naukowe pozostaje daleko w tyle poza empiryą. Dotychczasowe usiłowania w kierunku wyjaśnienia wpływu takich kąpieli na sprawy chorobowe obracają się jeszcze w kole przypuszczeń, mniej lub więcej do przekonania przemawiających. Wspomnę o nich krótko. Według Lehmanna, osadza się po kąpieli na skórze cieniutka warstwa drobnych kryształków soli, która podtrzymuje jej przekrwienie. Gdy bodziec ten częściej się powtarza, krążenie krwi jest żywsze i wessanie wysięków chorobowych przyspieszone.

Według Glaxa, różne sole wywierają rozmaity wpływ na zakończenia nerwów skórnych, stanowiąc, odpowiednio do rodzaju kryształów, słabszą lub silniejszą podnietę dla ustroju.

Na wzmiankę zasługują spostrzeżenia Claissea, przedstawione w paryskiem »Société de biologie« (maj 1902), na które może dotąd za mało zwracano uwagi. Claisse utrzymuje, że po kąpielach solankowych zmniejsza się we krwi ilość leukocytów, które jednak nie ulegają zniszczeniu, lecz napływają do miejsc chorych, gdzie rozwijają żywą działalność fagocytarną. Kąpiele słone wpływałyby zatem tą drogą na usuwanie jadów z ustroju.

Jakie znaczenie lecznicze ma obecność związków jodowych i bromowych w wodzie kąpielowej, jest nam jeszcze mniej jasnem.

Leczenie kąpielami solankowemi powinno być przeprowadzane na podstawie ścisłego indywidualizowania i wśród bacznej obserwacyi stanu zdrowia chorych. Badania w klinice Heubnera wykazały, że pod wpływem słonych kąpieli wzmagają się sprawy rozpadowe ustroju, a z nimi i utrata białka. Szablonowe i bezkrytyczne stosowanie kąpieli może być wręcz szkodliwem. Zarządy zdrojowe powinny wydawać kąpiele tylko na podstawie ordynacyi lekarskiej. Dzieci chude, o typie pobudliwym, znoszą kąpiele słone gorzej, niż dzieci o typie zołzów otrętwiałych

(scrophulosis torpida). U pierwszych stosować musimy kąpiele bardzo oględnie, w dłuższych odstępach czasu, a kąpiel trwać powinna krótko. Doświadczenie pouczyło mnie, że szczególnie ostrożnie postępować należy w przypadkach zajęcia gruczołów śródpiersiowych z podgorączkowemi podniesieniami ciepłoty. Jakkolwiek kąpiele działają i tutaj nieraz bardzo zbawiennie, to jednak zdarzało mi się spostrzegać czasami niekorzystny ich wpływ na ciepłotę ciała i w takich razach ograniczałem się do leczenia klimatycznego i dyetetycznego.

Z początku ordynujemy kąpiele 8—10-minutowe co drugi dzień, a nawet rzadziej. Ciepłota wody 28—29° R. Stopniowo przedłużamy czas trwania, dochodząc zwolna do 20 minut. Dłuższe pozostawanie w wodzie uważam dla dzieci za szkodliwe. Równocześnie przyspieszamy częstość kąpieli zalecając je po 2, najwyżej po 3 dni z rzędu. Po kąpieli zalecamy conajmniej godzinę spokojnego leżenia. Podczas leczenia kontrolujemy starannie wagę i ciepłotę ciała, sen, apetyt i usposobienie dziecka. Okres leczenia kąpielami trwać powinien przynajmniej 6 tygodni. W okresie takim mieści się od kilkunastu do dwudziestu kilku kąpieli.

W niektórych zdrojowiskach, jak n. p. w Bad Hall stopniuje się koncentracyę solanki kąpielowej. W Rabce odsetek soli w wodzie pozostaje stałym, a tylko w pewnych przypadkach wzmacnia się ją przez dodatek soli tamtejszej.

Lekkie zakatarzenie nosa i gardła nie stanowi przeszkody w kąpaniu zwłaszcza w pogodnej porze; przy nieżycie oskrzeli przerywamy kąpiele. Czyraczność (furunculosis) uniemożliwia leczenie kąpielami solankowemi, toż samo rozległe wypryski na tułowiu i kończynach; natomiast bez obawy kąpiemy dzieci, cierpiące na pokrzywkę z powodu skazy wysiękowej, choćby zrazu objawy skórne stały się dokuczliwsze.

Zauważamy często, że pod wpływem kąpieli otwarte ogniska gruźlicze i przetoki obficiej wydzielają. Czasami występuje zaostrzenie lub nawrót sprawy zapalnej na spojówkach i rogówce. Objawy te, niejako odczynowe, ustępują rychło miejsca widocznej poprawie.

Z zabiegów wodoleczniczych stosuję u dzieci tylko najłagodniejsze, jak nacierania częściowe ciała wystałą solanką, i to rano w łóżku, w którem dziecko, dobrze otulone, pozostaje dopóty, póki się dostatecznie nie wygrzeje. Nie jestem zwolennikiem energicznych procedur wodoleczniczych u dzieci celem hartowania, gdyż to samo osiągnąć można w sposób nierównie bezpieczniejszy i łagodniejszy przez codzienne przebywanie na świeżem, górskiem powietrzu.

Okłady z solanki z dodatkiem alkoholu oddają cenne usługi w leczeniu stawów, gruczołów i wysięków błon surowiczych, podobnie jak okłady z mułu źródlanego.

Leczenie kąpielowe łączymy z piciem solanki, której skuteczność stwierdza długoletnie doświadczenie. Teorya jonów i nauka o koloidach rzuca pewne światło na działanie tych wód i zawartych w nich nieznacznych ilości związków jodu i innych, które dotąd przy ocenianiu wartości leczniczej źródlanej wody mineralnej mało wchodziły w rachubę. Sposób podawania solanki jest różny w poszczególnych zdrojowiskach. Zależy on, pomijając już wiek chorych i wskazania lecznicze, niętylko od składu chemicznego wody, lecz i od wyników długoletnich spostrzeżeń i doświadczeń, zdobytych w danej miejscowości przez praktykę zdrojową.

Rabczańska solanka jodowo-bromowa liczy się do najsilniejszych w Europie; na 1000 gr. wody zawiera ona około 23 gr. chlorku sodu, 0·045 jodku i 0·073 bromku sodowego. Jakkolwiek dzieci na ogół przyzwyczajają się łatwo do jej wybitnie słonego smaku, podajemy ją często w postaci rozcieńczonej. Mieszamy ją z mlekiem, lub ze szczawami żelazistemi (żegiestowską, krynicką, lub wodą sztuczną pyrofosforanowo-żelazistą, wyrobu Rzący i Chmurskiego). Dodatek wód żelazistych ma na celu już nie samą tylko poprawę smaku, ale i leczenie towarzyszącej zołzom niedokrwistości.

Ilość dzienna podawanej dzieciom solanki wynosi od 30 do 300 cm³. Rozdziela się ją zwykle na 2 porcye, ranną i popołudniową. Dorośli piją solankę przeważnie na czczo, natomiast u dzieci zalecam poprzedzić ranną porcyę wody małą ilością jakiegoś ciepłego napoju, jak mleka, herbaty ze śmietanką i t. p. W nieżycie jelit, skłonności do biegunek i nadkwaśności żołądka solanka jest przeciwwskazana. I tutaj, jak wszędzie, nie wolno zapominać o zasadzie: »primum, non nocere«. Korzyści z leczenia zdrojowego, okupionego zaburzeniami w trawieniu, miałyby wartość bardzo wątpliwą.

Omówiwszy pokrótce ogólne leczenie zdrojowo-kąpielowe, dodaję kilka uwag o leczeniu zmian miejscowych. Rzecz naturalna, że i podczas leczenia zdrojowego przestrzegać będziemy zasad ortopedyi i chirurgii, co do unieruchomienia chorych stawów, opatrywania owrzodzeń itd. Granice zachowawczego leczenia gruźlicy chirurgicznej u dzieci są niewątpliwie daleko szersze, niż u dorosłych. Przypadki, przedstawiające się zrazu rozpaczliwie, goją się często po starannem jednorazowem lub kilkakrotnie powtarzanem leczeniu w zdrojowisku. Zachęca to do cierpliwości, choć nie zawsze można stanowczo orzec, jak długo jest wskazanem wytrwać przy postępowaniu zachowawczem. Niektórzy autorowie, jak n. p. prof. Müller (w Berlinie) są stanowczymi przeciwnikami większych zabiegów operacyjnych u dzieci z gruźlicą chirurgiczną, a więc n. p. resekcyi stawu, utrzymując, że wystarcza zupełnie, gdy czynna interwencya lekarza ograniczy się do nakłucia większych ropni lub do ułatwienia martwiakowi wydobycia się na zewnątrz.

Przy zapaleniu pryszczykowem spojówki lub rogówki, zmuszeni jesteśmy uciec się do przetworów rtęciowych (maść Pagenstechera, kalomel). Nigdy nie zauważyłem, aby one działały szkodliwie przy równoczesnem stosowaniu kąpieli solankowo-jodowych. Co najwyżej polecałem wtedy przerywać picie solanki.

Tak ulubione i rozpowszechnione przepłukiwanie nosa solanką powinno być stosowane tylko w pewnych postaciach schorzeń jamy nosowej, jak n. p. przy ozenie lub w nieżytach z wydzieliną gęstą, zasychającą w strupy. Woda powinna być ogrzana, przy większej zawartości soli rozcieńczona; do płukania najlepiej używać koneweczki Fränkla, lub naczynia szklannego w postaci bańki, z której płyn, pod nizkiem ciśnieniem własnego ciężaru, dostaje się rurką do jamy nosowej. W zwykłych postaciach przewlekłego nieżytu oraz przy przeroście małżowin, płukanie nie

przynosi żadnego pożytku, a wykonane nieostrożnie, może wywołać podrażnienie ucha środkowego.

Płukanie gardła solanką polecać można bez zastrzeżeń. Wyprysk nozdrzy należy leczyć starannie. Ustępuje on najlepiej pod maścią z białego precypitatu rtęci. Zauważamy wtedy szybsze zmniejszanie się obrzęku wargi górnej, tak w zołzach charakterystycznego, oraz poprawę stanu zapalnego spojówek. Równocześnie usuwamy niebezpieczeństwo róży, która w takim wyprysku łatwo znajduje punkt wyjścia. Korzystne skutki leczenia zdrojowo-kąpielowego nie zawsze odrazu się zaznaczają, częstokroć występują one po upływie pewnego przeciągu czasu, niekiedy i w kilka miesięcy po ukończeniu leczenia.

By utrwalić osiągniętą poprawę i uzyskać dalsze jej postępy, trzeba nierzadko w następnych latach powtarzać leczenie w zdrojowisku. W ten sposób zastępujemy jednolite i długotrwałe leczenie możliwe tylko w odpowiednio urządzonych zakładach, przez cały rok otwartych, których brak dotąd w naszym kraju. Wyniki, jakimi się chlubi Rollier w Leysin, lub Calot w Berck-sur-Mer, przypisać można nietylko warunkom miejscowym i stosowanym tamże metodom leczniczym, lecz z pewnością w znacznej części nieprzerywanemu leczeniu, trwającemu miesiące a nawet lata.

U nas sezon zdrojowy jest zbyt krótki, aby mógł być należycie wyzyskany dla leczenia tak przewlekłych i upartych spraw chorobowych. Tworzenie w naszych zdrojowiskach solankowych zakładów leczniczych całorocznych dla dzieci odpowiadałoby istotnie piekącej potrzebie. Lecznice takie powinnyby być przystępne i dla mniej zamożnej publiczności.

Dla dzieci ubogich. nawiedzonych zołzami posiadamy w Galicyi dwie kolonie lecznicze: rabczańską i rymanowską. Rozszerzenie ich zbawiennej działalności na rok cały byłoby nieocenionem dobrodziejstwem dla biednej dziatwy. W Bad Hall już dawno przekształcono kolonię taką z letniej na całoroczną. Coprawda, rozwijała się ona w warunkach bezporównania korzystniejszych, niż nasze, a w roku 1905 dzięki Luegerowi i Neumayerowi gmina miasta Wiednia przejęła kolonię w Hall na własność, zapewniając jej byt dalszy, rozwój i powodzenie.

Dziś rozbrzmiewa głośno i szeroko hasło walki z gruźlicą. W boju z tak groźną nieprzyjaciółką ludzkości kolonie lecznicze są jakby placem pierwszej pomocy.

Oby zrozumienie doniosłego znaczenia tych instytucyi zdołało przeniknąć jaknajszersze warstwy naszego społeczeństwa, którego serdeczna opieka i wydatna pomoc tak bardzo im jest potrzebną.

Metoda psychoanalityczna Freuda i jej kryterya.

Podał
Dr Stefan Borowiecki,
asystent klin. chorób nerw. i umysł. U. J.

(Wykład wygłoszony na II Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie d. 21. XII. 1912).

Jednym ze znamiennych szczegółów rozwoju dyskusyi na temat nauki Freuda jest, zdaniem mojem, fakt, że rozpatrywana ona była nierównie mniej ze strony metodycznej, niż faktycznej. Rozpatrywano ją zaś tak prawdopodobnie dlatego, że wogóle traktowano ją przeważnie, jako jednolity i zamknięty w sobie układ naukowy, stojący poniekąd poza obrębem pozostałej neurologii i psychiatryi, nie rozstrząsając bardziej źródłowo poszczególnych zagadnień z niej wypływających, nie wyróżniając w niej przytem metody od swoistego zupełnie słownictwa i wreszcie faktów przy pomocy tej metody zdobywanych. Zachowanie nadal takiego ogólnego stanowiska — odpornego ze strony przeciwników i separatystycznego ze strony zwolenników Freuda, — nie leży jednak ani w interesie rozwoju psychiatryi i neurologii, ani samej nauki Freuda, przeciwnie korzystnem będzie dla stron obydwu zbliżenie się, nawiązanie wzajemnych stosunków i usiłowanie stworzenia jednej logicznej całości. Naruszy to wprawdzie tę niemal artystyczną jednolitość nauki i przedstawi niejeden szczegół w świetle bardziej codziennem, przyczyni się jednak do krytycznego przeglądu zarówno tego, co już wiemy, jak i tego, co ewentualnie wiedzieć możemy, rozszerzy słowem zakres naszych zagadnień i metodykę badania. Otóż wychodząc z założenia, że nauka Freuda powinna być już dzisiaj ze względu na owocność roztrząsań i badań rozpatrywana raczej jako szereg najróżnorodniejszych zagadnień, nie zaś jako jednolity i nietykalny układ teoretyczny, obrałem sobie za cel najbliższy zoryentowanie się w zagadnieniu, czem jest metoda psychoanalityczna sama przez się, pozostawiając na uboczu sprawę słownictwa stworzonego przez Freuda, a grającego tak pierwszorzędną rolę w jego nauce, jak i ocenę zdobyczy faktycznych przy pomocy tej metody osiągniętych. Idzie mi tu tylko o określenie, czem jest metoda psychoanalityczna, jako metoda naukowego badania, nie wchodzę zaś zupełnie, jak to wyraźnie zaznaczam, w praktyczne zwłaszcza znaczenie tej metody w lecznictwie, jako zagadnienie, które zdaniem mojem przyszłość dopiero w sposób ostateczny rozstrzygnąć potrafi. Z dokładnego opisu tej metody wynikać będzie w sposób naturalny znajomość kryteryów, jakiemi się ona posługiwać może. Zapoznanie się z założeniami tej metody jest tembardziej konieczne, że w stworzeniu tej metody, jak sądzę, przedewszystkiem znalazła swój wyraz wybitna indywidualność Freuda, a wszystko, co jest we Freudzie poza tą swoistą metodą, jest tylko wynikiem jej konsekwentnego stosowania w najróżnorodniejszych dziedzinach życia psychicznego: oceniając metodę samą, oceniamy zatem całą naukę, na niej opartą.

O ile zadanie to pochwycenia założeń metody psychoanalitycznej jest wdzięczne, gdyż pozwala zdać sobie lepiej sprawę z wartości tej metody, o tyle jest ono trudne, ponieważ zazwyczaj dotychczas nauka Freuda przedstawiana była historycznie i autorom, którzy się tej pracy podejmowali, zależało przedewszystkiem na zobrazowaniu całości, a nie na dokładnem uświadomieniu sobie techniki psychoanalitycznej. Praca w tym ostatnim kierunku jest zaledwie rozpoczęta. Oczywiście niema w tem nic dziwnego, gdyż dopiero zdobycie bogatszego materyału psychoanalitycznego umożliwiło rzut oka wstecz na drogę przebytą i pozwoliło tworzyć hipotezy co do jej widoków na przyszłość. Sam Freud [1]), później Bleuler [2]) zainicyowali pracę

[1]) Patrz dzieła Freuda: Studien über Hysterie, die Traumdeutung, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre i inne.

[2]) Die Psychoanalyse Freuds. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopatologische Forsch. Bd. II, 1910, S. 623.

w tym kierunku, a duch objektywniejszej krytyki, jaki dzisiaj w piśmiennictwie zaczyna panować (Mittenzwey)[3]) pozwala rokować, że wkrótce potrafimy się lepiej oryentować zarówno co do zalet, jak i braków tej nowej metody. Dotychczas wyrażane opinie o samej metodzie psychoanalitycznej często jako wręcz sobie przeciwne wykluczają się wzajemnie; przypomnę tutaj zapatrywania zwolenników Freuda, z drugiej strony Hochego[4]), Weygandta[5]), Isserlina[6]) i innych.

Zacznę od krótkiego zarysu historycznego rozwoju metody psychoanalitycznej. Metoda ta w zawiązku swoim zawdzięczała swe powstanie pełnemu zainteresowania się i życzliwości dla chorej stanowisku lekarza, słuchającego pilnie każdego słowa, wypowiedzianego przez nią i dopatrującego się w niej »vis medicatrix naturae«: sama chora wskazała tu drogę do badania i leczenia. Psychoanaliza początkiem swoim, jak wiadomo, wiąże się ze spostrzeżeniem Breuera, który zauważył, że wypowiadanie się chorej w pewnych stanach zamroczenia sprawia jej wybitną ulgę. Spostrzeżenie to skłoniło go do wprawiania chorych w stan hipnozy i badania ich w tym stanie w kierunku wspomnień, związanych z objawami chorobowymi. Okazało się bowiem, że drogą tą nietylko można na pewien przemijający przeciąg czasu usuwać objawy, ale nawet leczyć je, o ile uda się wywołać wspomnienie chwili, w której objawy chorobowe po raz pierwszy wystąpiły. Swoistą tę metodę badania, które zarazem było leczeniem, nazwano m e t o d ą k a t a r t y c z n ą. Chory posiadał świadomość w pewnym zakresie szerszą w stanie hipnotycznym i miał zdolność odtwarzania zdarzeń, których w swym zwykłym stanie świadomości nie pamiętał.

Ale działalność praktyczna zmusiła do zmiany tego postępowania z chorym: tylko nieznaczna część chorych da się mianowicie hipnotyzować, a według założeń metody katartycznej tylko w stanie hipnozy zdają sobie chorzy powoli sprawę ze związków chorobotwórczych. Ponieważ zatem hipnoza okazała się w działalności leczniczej Freuda jako niedogodna, a sprawiała ona na Freudzie, jak i na wielu innych, zawsze wrażenie środka nieco mistycznego, postawił on sobie za zadanie wykrycia tych chorobotwórczych, zdaniem jego, przeżyć w obrębie zwykłego stanu świadomości. Zadanie było pozornie niemożliwe do urzeczywistnienia: polegało ono na tem, aby dowiedzieć się od chorego czegoś, czego nietylko sam lekarz nie wiedział, ale i z czego sam chory sobie na razie nie zdawał sprawy. Ale badania, z hipnozą wiążące się, świadczyły, że spostrzegana po śnie hipnotycznym niepamięć wszystkich wrażeń, afektów i myśli, w czasie tego snu doznawanych, nigdy nie jest całkowita i że przy pomocy pytań i nalegań udawało się pomimo zapewnień chorych, że nic nie pamiętają, wywołać zaginione wspomnienie. Podobnież Freud, uważając swych chorych, jako ludzi, mających luki pamięciowe, analogiczne do niepamięci, spostrzeganych po hipnozie czy stanach zamroczenia, zaczął nalegać na chorych z chwilą, kiedy twierdzili, że nic sobie co do jakiegoś szczegółu chorobowego przypomnieć nie mogą, zapewniając ich, że jednak mimo i wbrew swemu przeświadczeniu mogą sobie wszystko przypomnieć, byle tylko mówili wszystko, co im przez myśl przechodzi. Każe on im przytem wygodnie leżeć na kanapie, a sam siedzi za nimi, dla nich niewidoczny, unikając wszelkich procedur w rodzaju dotknięcia czy zamykania oczu, przypominających hipnozę, których zresztą jeszcze sam w początkach tego nowego postępowania z chorymi używał, i robiąc posiedzenie psychoanalityczne podobnem do zwykłej swobodnej rozmowy między dwiema osobami — obydwiema czuwającemi — w warunkach, sprzyjających jak najbardziej skupieniu uwagi. Jestto jednak odrębny rodzaj uwagi, który pozwala dostrzegać nawet nasze własne stany psychiczne, choćby nawet najbłahsze: wymaga on nietylko dogodnych warunków zewnętrznych, ale nadto, i przedewszystkiem, usunięcia wszelkiej oceny, której człowiek myślący zazwyczaj poddaje myśli, jakie mu się nasuwają. Introspekcya zatem, jakiej Freud od chorych swych wymaga, musi być wyćwiczona w chwytaniu tych myśli, które się wydają w pierwszej chwili bez znaczenia które mogą nie wykazywać odrazu związku z myślami poprzedniemi, a więc być pozornie bezsensowne, lub też wreszcie myśli, których choremu wstyd, albo które sprawiają mu przykrość. Freud stan ten porównywa z umysłowością człowieka zasypiającego, któremu również przez obniżenie czynności oceniającej wynurzają się w świadomości pewne wyobrażenia mimo, a niekiedy i wbrew jego woli[7]). Przy psychoanalizie należy zatem nauczyć analizowanego, co jest rzeczą najtrudniejszą, chwytać i opowiadać nawet takie myśli, których w życiu codziennem unikamy, musimy szukać wyobrażeń, zazwyczaj nawet usuwanych, zdających się wikłać nasze zamierzone myślenie czy postępowanie. W poszukiwaniu tych lekceważonych zazwyczaj myśli napotyka lekarz nawet po najdokładniejszem poinformowaniu chorego co do techniki psychoanalitycznej i teoretycznem poddaniu się jego wymaganiom psychoanalizy bardzo wybitne przeszkody w samym chorym w postaci

[3]) Versuch zu einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. Zeitschr. f. Pathopsychologie, Bd. I, II, 1912, 1913, 1914.

[4]) Mediz. Klinik, 1910, S. 1007. Eine psychische Epidemie unter Aerzten.

[5]) Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XXII, S. 294.

[6]) Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie, 1910.

[7]) W innem miejscu (die Traumdeutung, III Aufl. S. 74) porównywa Freud nastawienie psychiczne niezbędne dla psychoanalizy z nastawieniem artysty tworzącego, cytując słowa Schillera, skierowane do Körnera, skarżącego się w liście na osłabienie twórczości: »Przyczyna twoich skarg leży, jak mi się zdaje w przymusie, jaki wywiera twój rozsądek na wyobraźnię. Muszę tutaj myśl rzuconą uzmysłowić przez porównanie. Wydaje mi się rzeczą niedobrą i dla twórczego dzieła naszej duszy niekorzystną, jeśli rozsądek zaraz u wrót swoich nazbyt surowo przebiera myśli napływające. Myśl pojedyncza, brana w oderwaniu, może być nic nieznacząca, a nawet ucieszna, ale może się ona okazać ważną przez myśl, która po niej następuje, lub też stanowić ona może bardzo celową całość w związku z inną, która również sama przez się nosić może pozory zdawkowej: wszystkiego tego nie może ocenić rozsądek, skoro nie zatrzyma się na myśli tak długo, aż jej nie ujrzy w połączeniu z tą drugą. W umyśle twórczym przeciwnie wydaje mi się, że rozsądek wycofał swe straże z przed wrót swoich, myśli cisną się pêle-mêle, a wtedy dopiero rozsądek je ogarnia i przebiera ten ich wielki stos. Wy, panowie krytycy, czy jak się tam nazywacie, wstydzicie się i obawiacie chwilowego i przemijającego pomysłu szaleńczego, który obecny jest u wszystkich właściwych twórców, a którego dłuższe lub krótsze trwanie odróżnia myślącego artystę od śniącego. Stąd wasze skargi na niepłodność, że zawcześnie porzucacie i za surowo wybredzacie.« (List z d. 1. XII. 1788).

oporu, który przejawia się w chęci usuwania czy przemilczania myśli, mogących wzbudzać uczucia przykre. Można powiedzieć, że analiza od początku do końca jest walką z oporem chorego, który raz słabnie, to znów robi wysiłki ukrycia tego, co na jaw powinno być wydobyte.

W tych naszkicowanych przezemnie dotychczas założeniach metody psychoanalitycznej odnajdziemy cechę najbardziej istotną psychoanalizy, wspólną wszystkim jej rozgałęzieniom: czy to bowiem idzie o analizę objawu, czy to, gdy idzie o analizę snu, czy wreszcie jakiejś czynności objawowej (Symptomhandlung), wszędzie sposób analizowania jest ten sam, wszędzie pomysły luźne — swobodne kojarzenia, nasuwające się na dany temat, a podawane bez zastanowienia się, mają nas prowadzić do tego kłębka, jaki zamierzamy rozwiązać. Można zatem opisać metodę psychoanalityczną na przykładzie jakiegoś objawu, równie jak snu lub czynności objawowej, zarówno bowiem sen, jak i czynność objawowa same przez się narzuciły się uwadze Freuda, jako cenne objawy w przebiegu jego badań nad nerwicami. Z powyższego określenia cechy zasadniczej metody psychoanalitycznej, jak i z dziejów tej metody, powyżej pobieżnie przedstawionych, wynikają też same przez się jej różnice w stosunku do wszystkich innych metod badania, jakiemi rozporządzamy, jak i cała jej dalsza charakterystyka. Porównywano ją z wywiadami, rozszerzonymi poza ramy zwykłe. Jestto jednak, zdaniem mojem, porównanie zupełnie chybione, jeśli zważymy, że przy wywiadach lekarz sam kieruje myślami chorego i żąda przedewszystkiem odpowiedzi na pytania, przez siebie zadawane, pomijając świadomie liczne szczegóły uważane przez chorego za ważne i unikając wszelkich dygresyi, za jakie uważałby zwłaszcza pomysły, nasuwające się choremu. Przy psychoanalizie natomiast raczej chory prowadzi rozmowę, a lekarz podchwytuje tylko wątek, rzucony przez chorego, kierując się jego luźnymi pomysłami. Podobnież i dla tych samych powodów badanie psychiatryczne, stosowane dzisiaj po większej części w przypadkach psychoz paranoidalnych, a zmierzające do wyświetlenia ich mechanizmu, nie jest psychoanalizą, a pomysły luźne, sny czy też czynności objawowe tylko przypadkowo w nich bywają uwzględniane.

Poza tą różnicą techniczną, różnicą sposobu badania psychoanalitycznego od innych metod badania, mamy jednak jeszcze istotniejszą różnicę co do celu, jaki metoda psychoanalityczna sobie zakłada. Psychoanalizy w znaczeniu Freuda nie robiono przed Freudem, gdyż wszystkie metody dotychczasowe wychodziły z założenia, że świadomość chorego jest niemal jedynem źródłem naszego poznania jego stanu psychicznego, poznanie zatem jego świadomości było przedewszystkiem ich celem. Metoda psychoanalityczna natomiast rozszerza zakres badania człowieka poza jego świadomość aż do t. zw. nieświadomości. Jak już przedstawiałem, metoda psychoanalityczna powstała w tym celu, aby usuwać pewne luki pamięciowe, odpowiadające zaginionym pozornie, a nieznanym choremu na razie wydarzeniom, które wywołały pewne objawy. To zadanie usuwania niepamięci określa już pierwszą kategoryę zjawisk nieświadomych, z jakiemi ma do czynienia psychoanaliza. Idzie tu mianowicie o wspomnienia nieświadome, a zatem o stany psychiczne, które były kiedyś świadome, czy może nawet nieświadome, a które, jakkolwiek są nieświadome, według doświadczeń psychopatologii mogą przy pewnych okolicznościach wpływ swój zaznaczać, nie mogą być jednak dowolnie wywołane z zapomnienia. Niezliczona ilość naszych przeżyć wewnętrznych, że weźmiemy tu za przykład ułamkowe wspomnienia z lat dziecięcych, ginie dla naszej świadomości całkowicie, nie wynurza się bowiem w świadomości, ani dowolnie nie może być odtworzona, a dopiero złożone metody badania w rodzaju hipnozy, automatycznego pisma, a od czasu Freuda — psychoanalizy, mogą je wywołać z ich stanu uśpienia ponad próg świadomości. Pomysły luźno nasuwające się choremu w związku z omawianym tematem, marzenia senne i wreszcie czynności objawowe dają nam w metodzie psychoanalitycznej punkty zaczepne do wydobycia tych ukrytych wspomnień. Poza poznaniem tych wspomnień, kiedyś świadomych, czy też nawet nieświadomych, które dowolnie nie mogą być odtwarzane, wiedzie metoda psychoanalityczna do zaznajomienia się z wieloma innymi objawami życia nieświadomego. Nietylko bowiem metoda psychoanalityczna budzi wspomnienia, których chory nie może sobie sam świadomie przypomnieć, ale ma ona nadto za zadanie śledzić i określać mechanizm pracy nieświadomego, przejawiający się w wytwarzaniu takich zjawisk, jak objawy, sny, czy też cały zakres spraw, które Freud obejmuje nazwą psychopatologii życia codziennego. Wszystkie te objawy życia nieświadomego przypominają pewnemi cechami nasze życie świadome, z drugiej jednak strony nie są one ani przez nas wymyślone, ani zamierzone, i są dla naszej osobowości czemś zupełnie obcem i dziwnem, jest zatem rzeczą pewną, że nie możemy ich oceniać tylko według analogii ze sprawami świadomemi i że inne prawa niemi rządzą, niż naszą świadomością. Badanie jednego marzenia sennego może nas przekonać, że poza naszą świadomością odbywają się sprawy bardzo złożone, którym nie można odmówić miana zjawisk psychicznych. Otóż wyśledzić w tym pozornym bezładzie prawa, jakim one podlegają, ma również psychoanaliza na celu. Psychoanaliza ma zatem do czynienia ze swoistą pracą nieświadomego, jako drugą kategoryą zjawisk nieświadomych. Być może, że zagadnienie wspomnień nieświadomych łączy się z zagadnieniem pracy nieświadomego, być może nawet, że związek ten jest nierozerwalny tak, że niedopuszczalne jest ścisłe rozróżnianie i rozgraniczanie tych dwóch rodzajów nieświadomego, nie wdaję się jednak w to ciekawe zagadnienie i zaznaczam, że podziału tego chwyciłem się tylko w celu łatwiejszego zobrazowania zadań psychoanalizy. W każdym razie, jakakolwiek okaże się wartość teoryi nieświadomego [8]), utworzonej przez Freuda, jak i wielu innych, którym dała początek psychoanaliza, zgodzić się musimy, że metoda psychoanalityczna ma na celu w znacznym bardzo stopniu poznanie zjawisk życia nieświadomego i że tem różni się zasadniczo od większości innych metod badania. Nie chcę mówić tutaj oczywiście, aby zjawiska objęte przez Freuda mianem nieświadomych nie były dotychczas wogóle przedmiotem badań i aby żadnej me-

---

8) Według teoryi Freuda o »nieświadomem« jedyną właściwą rzeczywistością psychiczną jest nieświadome, które w istocie swej jest nam podobnie nieznane, jak i rzeczywistość zewnętrzna, a które przez dane świadomości reprezentowane jest w sposób podobnie niezupełny, jak świat zewnętrzny przez dane naszych zmysłów«. (Traumdeutung, III Aufl., S. 408).

tody do ich poznania nie było. Przeciwnie psychopatologia, zwłaszcza stanów histerycznych i padaczkowych, dostarczała oddawna cennego materyału dla nauki o świadomości, a nasze zwykłe badanie stanu psychicznego, nie mówiąc już o zawilszych i mniej dostępnych metodach w rodzaju hipnozy czy pisma automatycznego, pozwala w pewnych przypadkach wykryć i opisać stany nieświadome. Pojęcie stanów nieświadomych, oparte na doświadczeniach, pochodzących z czasów przed pojawieniem się metody psychoanalitycznej, było jednak dosyć wązkie i ogarniało zaledwie wyjątkowo rzadkie przypadki patologiczne, metoda psychoanalityczna natomiast w zastosowaniu swojem nie wyłącza bynajmniej ludzi zdrowych i wskazuje przejawy życia nieświadomego w życiu prawidłowem, jak i patologicznem.

(Dokończenie nastąpi).

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Ciąg dalszy).

Wystąpienia wysypki pokrzywkowej w przypadku czwartym (64) już na czwarty dzień po wstrzyknięciu w nader umiarkowanej postaci zaledwie dostrzegalnej pokrzywki nie można, zdaniem mojem, zaliczyć do odczynu »przyspieszonego« w znaczeniu Pirqueta (beschleunigte Reaktion), gdyż i po pierwotnych wstrzyknięciach bywa to niekiedy, mianowicie w postaciach wysypek umiarkowanych, słabych, leniwie i powoli wykwitających; często znikają one szybko, poczem między 8. a 12. dniem, występują ponownie, również w niezbyt mocnej postaci. Jest to tak zwany »odczyn podwójny« (doppelte Reaktion) i wcale nie jest cechą charakterystyczną dla reinjekcyi. Bóle mięśniowe, które wystąpiły w tym samym przypadku na trzeci dzień po zniknięciu słabej pokrzywki, są zjawiskiem towarzyszącem i pierwotnym wstrzyknięciom, o ile te dokonywane są w objętościowo większych dawkach surowicy, n. p. jak w tym razie w 32 cm sześć.

Objawy miejscowe po reinjekcyach, które wykonywałem również podskórnie, zawsze w okolicach podżebrzy, nie różniły się niczem od wstrzykiwań pierwotnych. Ani razu nie udało mi się zauważyć do chwili obecnej jakiegoś odczynu swoistego, któryby wyróżniał się czemkolwiek, n. p. nacieczeniem swoistego charakteru i postaci. Powiedziałbym nawet, że przemijających nacieków i miejscowych sińców, jakie widywałem niekiedy po pierwotnych wstrzyknięciach u dzieci tłustych, po reinjekcyach nie spotykałem prawie wcale. Z pewnem prawdopodobieństwem przypisać to należy większej ostrożności i umiejętności zachowania się chorych, aby ustrzedz miejsca wstrzyknięcia od dotykania, uderzenia, ugniatania i t. p. Bolesność w miejscu wstrzyknięcia i jego najbliższej okolicy przechodzi zwykle dość prędko pod suchą, czystą watą hygroskopijną.

Zarówno obecnie, jak i przedtem, nie spostrzegałem również stwardnienia ani powiększenia gruczołów chłonnych, bliższych lub dalszych od miejsca wstrzyknięcia. Przypuszczam, że składa się na to kilka przyczyn, mianowicie: 1) Miejsca wstrzyknięcia nie obfitują w gruczoły, a najbliższe ich skupienia znajdują się w okolicach pachwin, względnie dosyć odległych; 2) Na jedną dawkę wstrzykuję nie więcej, niż 3000 jedn. ochron.; w razie powtórzenia dawki wybieram podżebrze strony przeciwnej, wskutek czego tkanka podskórna i cały układ chłonny wogóle niema zbyt wiele pracy z wchłanianiem wstrzykniętej surowicy, a najbliższy teren naczyń limfatycznych nie jest obciążony zbytnią ilością obcej surowicy. Samo przez się rozumie się, że dokonywam możliwie dokładnego oczyszczenia skóry w miejscu wstrzyknięcia w warunkach możliwie najbardziej aseptycznych. Przypuszczam, że dla tych samych powodów nie spostrzegałem nigdy podrażnienia i w całym układzie chłonnym ustroju, co przejawiaćby się mogło w obrzękach, stwardnieniach i powiększeniach odległych gruczołów limfatycznych.

Co do działania leczniczego i zdrowienia po reinjekcyach, to zarówno obecnie, jak i przedtem, nie spostrzegałem żadnej wybitnej różnicy w porównaniu ze wstrzyknięciami pierwotnemi. Ostateczne wrażenie podmiotowe odnosiłem takie, jakoby chorzy przychodzili do zdrowia nieco prędzej z powodu szybszego ustępowania wraz z potami wzniesienia się ciepłoty jednocześnie z szybszem znikaniem miejscowych objawów chorobowych w gardle i krtani. Bezwątpienia należy się tu liczyć z usposobieniem indywidualnem chorego, z właściwościami epidemii, oraz z tą okolicznością, że najbliższe otoczenie dziecka, przekonawszy się już przedtem o zbawczem działaniu surowicy, wcześniej zgłasza się w przypadkach podobnych zachorzeń ponownych u tegoż samego dziecka, ułatwiając przez to interwencyę lekarską. Przypadków śmierci wśród dzieci reinjekowanych z powodu ponownej błonicy nie miałem dotąd wcale, być może, również dla powodów wyżej wyłuszczonych. Biologiczną przyczyną łagodniejszego przebiegu choroby i szybszego zdrowienia po reinjekcyach byłoby przypuszczalnie łatwiejsze wytwarzanie przez ustrój ciał ochronnych wogóle, oraz swoistych niweczników w postaci antytoksyn przeciwbłoniczych w znacznie większej ilości na zasadzie przystosowania się komórek ustroju do tej czynności przez uprzednio przebytą sprawę walki z błonicą. Na myśl tę do pewnego stopnia naprowadzają wyniki najnowszych badań i doświadczeń w tym kierunku, dokonywanych ze względu na zastosowanie szczepienia ochronnego błonicy (Diphtherieschutzmittel) według niedawno zaprojektowanej metody (Toxin-Antitoxingemisch) prof. Behringa w Marburgu. Badania te między innemi dotyczą zawartości antytoksyn swoistych we krwi ludzi zdrowych, ozdrowieńców po błonicy, roznosicieli zarazków błonicy i innych (R. Otto w Instytucie dla chorób zakaźnych im. Kocha w Berlinie pod kierunkiem prof. Loefflera), następnie kontroli nad zawartością antytoksyn swoistych w surowicy przeciwbłoniczej, zależnie od różnych warunków zachowania jej pod wpływem czasu, światła i ciepła (prof. Boehncke we Frankfurcie n. Menem z Instytutu terapii i medycyny doświadczalnej pod kierunkiem prof. P. Ehrlicha); dalej doświadczenia Sachsa z Frankfurtu nad Menem, oraz Josepha i Ruppla z Höchst nad nadwrażliwością i jej zapobieganiem, nakoniec Ascoliego

z Medyolanu i Jochmanna w Berlinie nad surowicami analargicznemi, W. Brauna na stacyi przeciwbłoniczej przy szpitalu Friedrichshain w Berlinie nad zapobiegawczemi szczepieniami surowicy przeciwbłoniczej i bardzo wielu innych. Kilka słów bliższego wyjaśnienia w tym względzie wypowiem w drugiej części odczytu niniejszego, obecnie zaś, nim streszczę wszystkie otrzymane wyniki, pozwolę sobie przytoczyć i powtórzyć różnego rodzaju dane liczbowe, dotyczące spostrzeganych przypadków reinjekcyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Pierwszy Zjazd higienistów polskich odbył się we Lwowie od 19—22 lipca b. r. Wzięło w nim udział wielu higienistów tak z pomiędzy lekarzy jak i inżynierów i ludzi innych zawodów. Przybyli z Galicyi, Królestwa i zaboru pruskiego, a oprócz tego i ze stron dalszych (Petersburg, Suez). Referatów i odczytów zgłoszono kilkaset. Obradowano w dwunastu sekcyach, z których kilka było jeszcze podzielonych na podsekcye — wskutek tego niektóre miały po kilku tylko słuchaczy. Podczas zjazdu zwiedzano urządzenia higieniczne Lwowa, a po zjeździe odbyło się kilka wycieczek.

Ogólne wrażenie było bardzo dodatnie. Zjazd był widocznie potrzebny, skoro tak się powiódł. Inicyator Zjazdu Dr Polak z Warszawy, zebrał w powodzeniu tem zasłużoną nagrodę za swe kilkuletnie zabiegi o stworzenie instytucyi zjazdów higienistów polskich. Mają się one odtąd odbywać stale co cztery lata.

Do stałej delegacyi zjazdów higienistów polskich wybrano: prof. Dra Bujwida (Kraków), prof. Dra N. Cybulskiego (Kraków), Dra Janiszewskiego (Kraków), prof. Dra Panka (Lwów), Dra Kaczorowskiego (Lwów), Dra Mikołajskiego (Lwów), Dra Polaka (Warszawa), Dra Bączkiewicza (Warszawa), Dra Chełcharskiego (Warszawa), Dra Gantkowskiego (Poznań). Do komisyi szkontr. weszli: Dr Bernadzikowski, prof. Dr Grabowski. prof. Dr Kučera.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie.

Po pierwszym Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie, w r. 1909 odbył się drugi we Lwowie w dniu 21 i 22 lipca b. r., z inną jednak organizacyą, jak krakowski. Mieliśmy wprawdzie uprzejmy komitet gospodarczy pod zapobiegliwem kierownictwem prof. Renckiego, lecz patronat nad Zjazdem objął Zarząd pod egidą niestrudzonego prof. Antoniego Gluzińskiego. Na czele kolegów lwowskich założył on osobne »Towarzystwo Internistów Polskich«. Towarzystwo to liczy już obecnie blisko 200 członków. Opłata roczna wynosi 8 koron rocznie, co już obejmuje wkładkę Zjazdową. Należy tylko przyklasnąć myśli założenia takiego Towarzystwa, gdyż ono będzie mogło brać udział jako samoistny organ w naradach Zjazdów międzynarodowych. I byłoby bardzo pożądanem, aby lekarze polscy zapisywali się jak najliczniej do tego towarzystwa. Zarząd towarzystwa został wybrany ten sam, co dotąd, z prof. Gluzińskim na czele. Wybrano także delegatów organizatorów zjazdowych dla poszczególnych miast polskich, dla Krakowa prof. Jaworskiego i doc. Latkowskiego. Między innemi uchwalono, aby Zarząd czuwał nad wykonaniem wniosku prof. Jaworskiego, powziętego jeszcze na I. Zjeździe, celem zwalczania środków tajnych i bezwartościowych, jak to czyni obecnie komisya kongresowa w Niemczech.

Zaznaczyć wypada z przyjemnością, że w Zjeździe wzięli udział i koledzy z innych działów medycyny, jak prof. Cybulski, Rydygier, Raczyński i inni, co było wielką korzyścią dla Zjazdu.

Tematów do obrad miał Zjazd podostatkiem, bo przeszło 80, a na dwa dni było tego za wiele; to też komitet skrócił czas wykładania do 15 minut. Aby ten termin utrzymać, przerywał prelegentom, co 15 minut krzykliwy budzik, nastawiony przez sekretarzy. Miało to ten skutek, że prelegenci nieprzygotowani na tę zasadzkę, spiesząc się, stawali się mało zrozumiałymi; rozpoczynali długimi wstępami, a kończyli właściwą rzecz kilkoma na prędce skleconemi zdaniami. Wypadałoby już przy organizacyi Zjazdu zapowiedzieć, na jak długi czas mają prelegenci swe przemówienia przygotować i wszelkie wstępy historyczne i niehistoryczne opuścić, a ograniczyć się do przedstawienia samej rzeczy i wniosków.

Niektóre tematy budziły ogólne zainteresowanie i musiały być nadprogramowo dłużej przedyskutowane. Jak pouczająca praca histologiczna doc. Hornowskiego nad czynnością gruczołów (zwłaszcza trzustki) o wewnętrznem wydzielaniu w przebiegu cukromoczu. Dopiero po pierwszy raz na Zjazdach polskich była traktowana sprawa elektrokardyografii przedstawiona przez pracowników z kliniki krakowskiej (prof. Jaworski, doc. Latkowski, Dr Mayer). Wielkie zainteresowanie w tej kwestyi wszczęło się po przemówieniu prof. Cybulskiego, którego Zjazd uprosił, aby zajął się także elektrokardyografią przypadków patologicznych i do nich swą teoryę zastosował. Wielką dyskusyę wywołała sztuczna odma opłucnej w celu leczenia gruźlicy płuc. Można było słyszeć zwolenników (Dr Dłuski, doc. Latkowski), jak i przeciwników (Dr Pisek) tego leczenia. Przeważnie zaś były zapatrywania sceptyczne w tej kwestyi. Z bardzo poważnymi pracami doświadczalnymi nad sprawą odmy opłucnowej, wystąpiła klinika lwowska (Franke, Łaba, Sabat, Szczepański, Tomaszewski).

Przedstawiono kilka nowości w dawnych metodach badania fizykalnego chorych. Dr Sędzimir z Wilamowic szczutkowe opukiwanie (neoperkusyę) i nowy przyrząd do niej, co przeważnie z uznaniem zostało przyjęte, prof. Jaworski oklepywanie klatki piersiowej i ucisk wibracyjny na jamie brzusznej, Dr K. Mayer osłuchiwanie tonów i szmerów serca przez nos i modyfikacyę osłuchiwania klatki piersiowej.

Żywą dyskusyę wywołała sprawa wrzodu okrągłego dwunastnicy, przedstawiona przez prof. Gluzińskiego z kliniki lwowskiej, a Dra Nowaczyńskiego na materyale kliniki krakowskiej. Zapatrywania odbiegały bardzo od przedstawienia tej sprawy przez chirurgów amerykańskich. Dyskusya wykazała, że w tej sprawie jest wiele jeszcze momentów ciemnych, a kol. Rejchman z Warszawy zaznaczył, że niema ona takiego praktycznego znaczenia, jak się jej nadaje. — Gorąca dyskusya toczyła się około sprawy kiły aorty (aortitis luetica), przedstawione przez Dra Piseka ze Lwowa, a Dra Z. Wachtla na licznym materyale kliniki krakowskiej. Dyskusya wykazała wielką zgodność uczestników w zapatrywaniach na rozpoznanie i leczenie tej cho-

roby. Przedewszystkiem zwracano uwagę na wielką częstość tego cierpienia u młodych mężczyzn.

Wiele wykładów musiało spaść z porządku dziennego, czego bardzo żałować należy, gdyż nie doszły do skutku ogromnie ciekawe wyniki roentgenologiczne z badań i leczenia kliniki lwowskiej (prof. Gluzinski, Dr Pańczyszyn, Orzechowski, Lehm); będące bardzo na czasie tematy aktualne, jak Dr Sabata, roentgenoterapia w medycynie wewnętrznej, prof. Jaworskiego badanie roentgenoskopowe a fizyczne żołądka, i wiele jeszcze innych zajmujących tematów. Należałoby na przyszłość demonstracye od odczytów oddzielić i traktować je przed odczytami na osobnych posiedzeniach, gdyż demonstracye bywają więcej pouczające niż odczyty, a często mają jako nowe pomysły pierwszorzędne znaczenie dla lekarza praktycznego, zwłaszcza jeżeli dotykają dziedziny u nas tak bardzo zaniedbanej, jak terapia.

Nie mógłbym zakończyć mego szkicu zjazdowego, gdybym nie podniósł uprzejmości, koleżeństwa, a zwłaszcza gościnności członków komitetu urządzającego i kolegów lwowskich. Szkoda tylko, że tak mało kolegów krakowskich z tego skorzystało, bo chociaż Kraków dostarczył Zjazdowi 19 tematów naukowych, to liczba uczestników krakowskich była zadziwiająco szczupła, bo tylko 7, a w tej pięciu klinicznych; a jednak niejeden praktyk mógł odnieść korzyść zawodową i odświeżyć miłe koleżeństwo z lat młodych.

Postanowiono, aby przyszły Zjazd odbył się we Lwowie w r. 1916 jako sekcya Zjazdu przyrodników i lekarzy. Jako tematy ogólne wyznaczono: Wrzód dwunastnicy, schorzenia gruczołów limfatycznych i roentgenografia w medycynie wewnętrznej.

Uczestnik.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. VII. do 18. VII. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych — † —), krztuśca 2 † —, ospy wietrznej 5, płonicy 12 † 2 (1 † —), odry 3 † 1, duru brzusznego 2 † — (— † —), czerwonki 2 † — (5 † —), róży 1, ospy (1).

Dr Janiszewski.

Sprostowanie. W numerze 28. Przegl. lek. w artykule Dra S. Sterlinga zaszły następujące pomyłki drukarskie:

Str. 438, szpalta 2, w. 16 i 17 od góry. Zamiast: Kuthyego, Gerhardta i Nicola — powinno być: Kuthyego a), Gerhartza b) i Nicola c).

Str. 438, szpalta 2, w odsyłaczu. Zamiast: Gerhardta — powinno być: Gerhartza.

Str. 438, szpalta 1, w. 13 od góry. Zamiast: Gerhardta — powinno być: Gerhartza.

Str. 438, szpalta 1, w tabliczce. Zamiast: c. syptomat. Bronchopneumoniae seu Pneumoniae — powinno być: c. symptomat. Bronchopneumoniae seu Pneumoniae.

Str. 439, szpalta 1, w. 3 od dołu. Zamiast: okoliczność i możliwość — powinno być: okoliczność: możliwość.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 27—39. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych, wywołanych przez działanie na zdrową skórę sulfoformu. Wskazania lecznicze (27—28). — Kowalski (dok. 27). — Jakowski: Leczenie cukrzycy (29). — Hellin: O nieznanej dotychczas własności surowicy ciężarnych i noworodków (29). — Kopczyński: W sprawie promieniowania bólu (29). — Jaworski: Profilaktyka raka macicy (29). — Goldberg i Lipsztat: Dwa przypadki choroby Morgagni-Stokes-Adamsa, jeden na tle bloku serca, a drugi na tle bloku i rozkojarzenia czynności komór i przedsionków (29). — Kopytowski (dok. 28).— Rząśnicki: Przypadek choroby Addisona (28). — Jaroszyński: W kwestyi wykształcenia lekarzy prowincyonalnych Król. polskiego (28). — Szczawińska: Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej (30). — Rząśnicki: Przypadek raka przełyku przebiegającego pod postacią skurczu bolesnego (30).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 26—30. Grosglik: Próby immunoterapeutyczne w syfilisie (27—28). — Gantz (dok. 27).— Karbowski: O nieobserwowanym jeszcze zespole objawów błędnikowych, wywołanych przez zmiany niezapalne w szlaku nerwu przedsionkowego (drżenie gałek ocznych, objaw Brunsa, ew. Baranyego, objaw przetokowy) (28). — Kopaczewski i Muttermilch: O powstawaniu anafilotoksyn (29). — Juwiler: Przypadek zwyrodnienia torbielowatego nerek (29). — Puterman: Kilka słów o skazie kurczowej dziecięcej (spasmophilia infantum (30). — Nisenson: O rzadkiem powikłaniu przypadku płonicy skazą krwotoczną (30).

Tygodnik lek. Nr 27—30. Gozdziewski: W sprawie zespołu objawów przy tak zwanej chorobie Bantiego (27—28). — Grossek: Zimnica we Lwowie (27—29). — Pechkranc: Rozszczepienie klatki piersiowej boczne. Patogeneza tego zniekształcenia (30). — Rothfeld i Siengalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ostrych zatruć, wywołanych tlenkiem węgla, arsenem i ołowiem (30). — Bednarski: Dwa przypadki wydobycia odłamków kapsli z przedniej komory oka (30). — Sołtysik: Niezwykły przypadek sodomii (30). — Ziembicki: Przyczynek do chirurgii torby sieciowej (30). — Progulski: O rokowaniu u dzieci zakażonych gruźlicą w pierwszym roku życia (30).

Nowiny lek. Nr 7—8: Klęsk: Złamanie żeber (7). — Bogdanik: Płaszcz ochronny i taśmówka do sztucznego słońca górskiego (7). — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej (7). — Bujwid: Najprostszy sposób desynfekcyi rąk i niektórych narzędzi (8). — Jaworski: Neomaltuzyanizm ze stanowiska higieny społecznej i indywidualnej (8), — Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze skóry owłosionej (8). — Serkowski: O gronkowcach chorobotwórczych (8). — Dobrzyński: Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie polskiem (8). — Wielowiejski: W sprawie oczyszczenia wód odpływowych (8). — Gantkowski: Z dziedziny partactwa w lecznictwie (8). — Rosenberg: Seksologia, jako nauka ścisła (8).

Nowiny Ciechocińskie. Nr 1—4. Dembicki: Powietrze w blizkości tężni ciechocińskiej (1). — Nebel: Znaczenie zabaw i gier ruchowych w zdrojowiskach (1—2). — Olszewski: Ciechocinek współczesny i w przeszłości (2). — Kramsztyk: O koloniach leczniczych dla dzieci (3). — Kolonia im. Stan. Markiewicza (3).— Ciągliński: Rola elektryczności w lecznictwie kąpielowem (4).— Gospodą dla włościan w Ciechocinku (4). — Nałęcz: Pierwsze wrażenie w Ciechocinku (4).

Przegląd chirurg. i ginekol. T. X. Z. 3. Bylicki: Nowoczesne leczenie nieoperacyjne nowotworów macicy. — Czyżewicz: Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej. — Falgowski: O zachowawczej dążności leczniczej w operowaniu mięsaków macicznych. — Gromadzki: Powikłanie ciąży i porodu torbielami jajnikowemi. — Jakowicki: Drgawki porodowe na podstawie materyału kliniki położniczej lwowskiej. — Jaworski: O wpływie mechanizmu porodu na przyszły rozwój dziecka. — Mars: Peritonitis migrans. — Monsiorski: W sprawie rozpoznawania kamieni moczowodowych w miednicy kobiecej. — Neugebauer: Kilka rzadszych spostrzeżeń z kazuistyki własnej. Czerwiński: O ciąży powikłanej bąblowcem w tkance okołomacicznej.

Lekarz wileński. Nr 6. Waszkiewicz: Dwa przypadki cięcia cesarskiego pochwowego (6). — Wirszubski: Przyczynek do kazuistyki oponowo-móżdżkowego zbioru objawów Foerstera.

Postęp okulist. Nr 5—6. Wicherkiewicz: Nowa operacya opadniętej powieki. — Bednarski: Przyczynek do statystyki ślepoty u dzieci.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 6. Mędrkiewicz (dok.).— Wycieczka medyków U. J. do zdrojowisk zachodnio-galicyjskich. — Mazanek: Zakład zdrojowo-kąpielowy w Lubieniu wielkim koło Lwowa. — Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych.

Przegląd chorób skórnych i wener. 1913. Nr 10—12. Malinowski: O dermatomykozach (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 6—8: Kaczorowski: Gruźlica a szkoła. — Puławski: Walka z chorobami zakaźnemi w miastach, osadach, wsiach (7—8). — Batko: Służba sanitarna w Egipcie (7—8). — Skałkowski: Ubezpieczenie od wypadków w fabrykach maszynowych (7—8).

Kronika dentyst. Nr 7: Zawidzki (c. d.).

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 110. Zesz. 2. Nowicki W.: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Zdrojownictwo i turystyka Nr 7—8. Żurakowski: O uzdrowiskach galicyjskich, — Śniadowski: Motory dla zakładów kąpielowych. — Makowiczka (dok.). — Porębski: Wybór motorów w zdrojowiskach, ze stanowiska higieny.

Zdrowie. Nr 7. Polak: I. Organizacya higieny publicznej w Polsce. — Bączkiewicz: Walka ze śmiertelnością dzieci. — Serkowski: Symbioza i antagonizm bakteryi w ściekach i zbiornikach biologicznych. — Szczawińska: Znaczenie beztlenowców w ustroju. — Sokołowski: Rola szpitala w walce z gruźlicą. — Brzeziński i Peltyn: Dziecko robotnika fabrycznego w Zawierciu. — Dobrzyński: Postępy idei miast-ogrodów w Anglii i u nas.

Głos lekarzy Nr 14. Mischke: Eutanazya, czy eubiotyka. — Mikołajski: Lwów, jego gospodarka sanitarna i stosunki zdrowotne.

Słowo lek. Nr 12. Odezwa w sprawie kasy pogrzebowej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.